

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME PAROXYSTIQUE DU SYNDROME D'HYPERTENSIBILITÉ VÉGÉTATIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Décembre 1924

PAR

Roger-Albert HUSSON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SEDAN (Ardennes), le 12 avril 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur.....	
		MAURIAC, agrégé.....	{ <i>Juges.</i>
		MICHELEAU, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME PAROXYSTIQUE DU SYNDROME D'HYPÉREXCITABILITÉ VÉGÉTATIVE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Décembre 1924

PAR

Roger-Albert HUSSON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SEDAN (Ardennes), le 12 avril 1902.

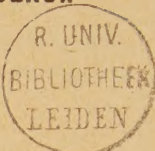
Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	Président.
		SABRAZÈS, professeur	{ Juges.
		MAURIAC, agrégé.....	
		MICHELEAU, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 47

1924

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expérimental.....	N.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexé. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX DE NANTES, NANCY ET BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURIAC

*Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de pathologie et thérapeutique générales,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME PAROXYSTIQUE DU SYNDROME

D'HYPEREXCITABILITÉ VÉGÉTATIVE

INTRODUCTION

Le syndrome global d'hyperexcitabilité végétative ne s'observe qu'accidentellement dans les services hospitaliers. C'est quand d'autres manifestations le compliquent et l'effacent de leur prédominance que les malades recourent à l'hospitalisation ; ils sont alors devenus des gastronévropathes ou des neurasthéniques.

La forme simple du syndrome n'inquiète les malades que quand elle est paroxystique et intense. Le médecin est alors appelé d'urgence.

Ceci explique pourquoi le professeur agrégé Mauriac, qui a daigné nous confier ce travail, a recueilli lui-même dans sa clientèle privée les observations que nous rapportons.

Nous tenons, à ce propos, à lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

Pour notre exposé, nous avons adopté le plan suivant :

Après avoir brièvement résumé la conception actuelle du sympathique en physiologie et en pathologie, nous avons l'intention d'étudier le syndrome global d'hyperexcitabilité végétative, puis spécialement sa forme paroxystique.

Nous essaierons ensuite de déterminer la nature générale et particulière de cette irritabilité.

Dans un court chapitre de diagnostic, nous verrons dans quelle mesure il est possible de distinguer ces manifestations en fonction de leur étiologie. Enfin, nous terminerons en exposant les méthodes thérapeutiques qui paraissent améliorer ces malades en notant spécialement une guérison par l'autohémothérapie.

CHAPITRE PREMIER

Physiopathologie générale du sympathique.

Considéré depuis Galien et Vesale comme un nerf cranien, le grand sympathique fut identifié et séparé du pneumogastrique par Charles Estienne. C'est Winslow qui, soupçonnant son rôle physiologique, lui attribua le nom de nerf grand sympathique.

C. Bernard, Brown-Séquard, Vulpian, ont établi la base de sa physiologie en ce qui concerne la vaso-motricité. Mais les notions actuelles sont acquises surtout grâce à François Franck en France et Lengley en Angleterre.

En 1889, Lengley appliqua à son étude la méthode pharmacologique. Ce fut le point de départ de toute une série d'expérimentations qui permirent à Eppinger et Hess de bâtir leur théorie des tonies.

Des auteurs récents ont combattu la valeur clinique de cette schématisation. C'est à Cordier, Laignel Lavastine et Guillaume qu'on doit l'idée d'une irritabilité diffuse.

Pasteur-Vallery-Radot a montré l'amphotropisme fréquent des produits comme l'éserine et la pilocarpine.

La pathologie du sympathique, depuis le livre de Vulpian en 1875, n'avait jamais été présentée en un travail d'ensemble jusqu'en 1909, date de parution de l'ouvrage de Laignel-Lavastine, élève de F. Franck. Depuis lors, Guillaume et Harvier en France, Gaskell en Angleterre, et Müller en Allemagne ont attaché leurs noms à l'étude de cette pathologie.

1. — Fonctionnement général du sympathique.

Le système nerveux de la vie végétative, que par une synecdoque usuelle on appelle aussi sympathique, se compose d'une chaîne fondamentale et de trois systèmes complémentaires : mésencéphalique, bulbaire, sacré. L'ensemble que l'on dénomme aussi holosympathique a dans l'organisme un rôle de coordination des mouvements des cellules à motricité involontaire.

L'ANTAGONISME D'ACTION.

La physiologie du fonctionnement de ce système est dominée par un trait caractéristique : l'existence d'un antagonisme dans ses actions.

Son rôle de régulateur des fonctions organiques permet de prévoir qu'il doit faire sentir son action tantôt dans un sens d'inhibition, tantôt dans un sens d'excitation. La preuve expérimentale de cet antagonisme est due à la méthode de différenciation chimique. Certains produits pharmacologiques peuvent, en effet, supprimer un des sens d'action.

Tout se passe comme si nous étions en présence de deux systèmes équilibrés l'un par l'autre. Les drogues agissent en excitant ou supprimant le tonus d'un de ces systèmes; l'excitation de l'un correspond alors à la suppression de l'autre, l'hypertonie de l'un à l'hypotonie de l'autre.

CONCEPTION UNICISTE.

En réalité, il semble que nous ne soyons pas là en présence de deux systèmes opposés, car si la différenciation chimique se produit dans une certaine mesure, elle ne correspond pas toujours à une dichotomie morphologique.

Spadolini a montré que les processus d'excitation et d'arrêt suivent les mêmes fibres nerveuses et dépendent indifféremment du système fondamental ou des systèmes complémentaires.

En 1914, Doyon signale que l'action du vague est excito-motrice ou frénatrice sur les mouvements de l'estomac, selon que l'état humoral est ou non modifié par une injection de pilocarpine.

La variabilité des effets de l'excitation dépend d'un état antérieur que J. Camus analyse de la façon suivante :

Un état fonctionnel des organes. — « Les physiologistes savent que, suivant qu'un organe est en réplétion ou en vacuité, contracté ou dilaté, en sécrétion ou au repos, la même excitation donnera des effets différents, parfois inverses. »

Un état des centres. — « Les centres ont des rythmes propres, les uns fonctionnent à courte période : respiration ; d'autres à période plus longue : vaso-moteurs ; d'autres à période très longue : menstruation ; d'autres sont dénués de rythme et ne fonctionnent qu'éventuellement sous l'influence d'une excitation appropriée, ce sont en quelque sorte des centres de secours : vomissements et toux. Les résultats des excitants ne doivent-ils pas varier avec la période du rythme dans laquelle ils interviennent ? »

Bard, de Strasbourg, a mis en évidence cette alternance d'action pour le système locomoteur et a pensé pouvoir étendre cette loi au système végétatif. Il se rencontre sur ce terrain avec Laignel-Lavastine, qui exprime ainsi sa conception :

« Il n'y a pas, à proprement parler, des centres inhibiteurs et des centres excitateurs, mais simplement des centres antagonistes qui exercent tour à tour la fonction excitatrice ou inhibitrice suivant la phase du cycle qui est en jeu à chaque moment donné de l'exercice de leur fonction. »

II. — Place du sympathique en pathologie.

Les manifestations sympathiques présentent en pathologie des caractéristiques sur lesquelles il nous semble bon d'attirer l'attention. Pour en prendre une idée, nous ne croyons pouvoir faire mieux que de reproduire la belle vue d'ensemble qu'en a réalisée Laignel-Lavastine :

« L'intérêt de la pathologie du système sympathique est d'être une pathologie de frontière. Il est en clinique des domaines bien limités, creusés chaque jour davantage par des méthodes réglées, tels, par exemple, les domaines de la splanchnologie digestive, respiratoire ou cardiaque, de la neurologie et de la

psychiatrie. Mais à côté de malades où domine telle ou telle affection cardiaque, nerveuse ou mentale, et étiquetés dans l'« argot » médical de « cardiaques » « nerveux », « mentaux », il y a de nombreux sujets dont la physionomie clinique, à la fois complexe et atténuée, est ramenée à un schéma de prédominance variable selon l'orientation doctrinale de l'observateur, et le même individu souffrant du cœur par intervalle, hypertendu, asthénique et préoccupé de son état, pourra s'entendre diagnostiquer successivement artérioscléreux avec angine de poitrine, neurasthénique, hypertendu ou phobique hypocondriaque.....

» On verra le rôle considérable du sympathique dans cette clinique de frontière. C'est que ses symptômes sont à cheval sur la splanchnoscopie générale, la neuroscopie et la psychoscopie, comme ses fonctions forment le trait d'union entre les deux vieilles entités du « corps » et de l'« âme ». Par la cœnesthésie et la régulation humorale, le sympathique constitue le fondement affectif de la vie psychique, et celle-ci retentit à son tour sur les fonctions organiques par l'intermédiaire du sympathique.

» En présence de tout symptôme somatique comme de tout trouble psychique se pose donc la question d'une participation sympathique possible, cette participation pouvant n'être que l'intermédiaire du physique au moral ou vice versa, idées que vient de développer Hesnard avec talent. »

TROUBLES DES FONCTIONS SYMPATHIQUES.

Le système nerveux végétatif manifeste en clinique sa souffrance par une perturbation de ses fonctions, et c'est dans un sens d'exagération de ses propriétés physiologiques qu'il traduit son irritation.

Pour exposer ces manifestations d'une manière didactique, nous suivrons Laignel-Lavastine en les étudiant parallèlement aux fonctions physiologiques.

Celles-ci consistent en une propriété sensitive, une propriété motrice, une propriété sécrétoire, une thermique et une trophique.

LA CŒNESTHÉSIE.

La propriété sensitive s'appelle cœnesthésie. D'après Grasset, elle est la conscience du moi physique, mais elle diffère de la sensibilité viscérale et générale. C'est plutôt une subconscience du moi physique (Laignel-Lavastine). Jacquet réserve le nom d'eudermie à la part de cette sensibilité qui a la peau pour domaine.

Cette fonction peut se modifier dans différents sens : l'hypercœnesthésie ou névropathie psycho-splanchnique, l'hypocœnesthésie et enfin l'accœnesthie. Sous ces formes elle est à la base des illusions et hallucinations intérieures de l'hypocondrie, du délire de négation, de la manie et de la mélancolie. Il existe aussi des algies sympathiques dans le cadre des angoisses. Il semble que cette sensibilité est dans une certaine mesure liée à l'action excito-trophique.

LES FONCTIONS MOTRICES.

La propriété motrice du sympathique s'étend sur les mouvements des pigments et des muscles affranchis de la volonté ou soumis à elle. Sur les muscles de la vie de relation, S. de Boer a montré l'action tonique du sympathique, sa perturbation est de peu d'importance clinique. Par contre, le cœur, muscle strié de la vie végétative, est remarquablement soumis à l'influence du sympathique.

L'action du pneumogastrique est connue depuis longtemps et F. Franck a étudié les systèmes accélérateurs, il en distingue deux ; l'un, système médullaire convergent, se rend au ganglion thoracique supérieur ; l'autre, système bulbaire et médullaire supérieur, aboutit à la chaîne du cou.

L'eurythmie résulte de la synergie fonctionnelle des systèmes extrinsèque et intrinsèque du cœur, selon l'opinion de Routier et Dumas qui ont remis en question la théorie neurogène.

Les manifestations des troubles cardiomoteurs sont la bradycardie, la tachycardie et les arythmies.

Les muscles lisses de la vie végétative sont uniquement soumis à l'action du sympathique et en cas d'irritation de ce dernier nous pouvons constater des troubles pilo, irido, chromoto-

moteurs. Les fonctions digestive, respiratoire, urinaire et génitale sont également troublées en ce qui concerne leur motricité involontaire.

LA VASO-MOTRICITÉ.

Nous accordons ici une importance particulière à cette forme de la propriété motrice sympathique.

La première expérience qui a montré des mouvements de vaisseau a été réalisée par Verschuier en 1766; il excita mécaniquement une artère mise à nu et constata des modifications de calibre consécutives. En 1840, Stilling a vu les fibres nerveuses qui se rendent aux artères, et soupçonnant leur rôle les appela vaso-motrices.

On distingue selon la notion classique des nerfs vaso-constricteurs et des nerfs vaso-dilatateurs.

Les premiers furent d'abord connus et l'histoire de leur découverte est restée l'illustration de la méthode en science expérimentale. La preuve indirecte de leur existence fut faite par C. Bernard en 1851; elle résulte de la vaso-dilatation qui suit la section de fibres nerveuses du sympathique cervical. En 1852, Brown-Séquard en fit la preuve directe en montrant que l'excitation des fibres afférentes à un vaisseau amène une vaso-constriction.

C'est encore à C. Bernard que nous devons la preuve de l'existence de nerfs vaso-dilatateurs, grâce à sa célèbre expérience de 1858 sur la corde du tympan.

En 1881, Dastre et Morat expliquent la vaso-dilatation par une action neutralisante sur le tonus constricteur, en conformité avec la loi des interférences de C. Bernard.

L'expérience récente de Lengley a porté un coup à cette manière de voir, en démontrant l'existence d'une vaso-dilatation active. Depuis, là comme ailleurs, l'opinion moderne tend à remplacer l'hypothèse des centres spécialisés par celle d'un centre capable d'action dans les deux sens. L'action prédominante dans un sens, qui est à la base des névroses vaso-motrices, est la manifestation de la perte du rythme de ce centre.

Aux cliniciens, la nature nerveuse des troubles vaso-moteurs

est apparue depuis longtemps. En 1826, Loyer-Villermay les rangeait aux nombres des manifestations névrotiques. En 1863, Cahen étudia les névroses vaso-motrices et Vulpian, en 1875, en fit une étude de synthétique. En Allemagne, Cassirer, Bamberger, Bolten, en Hollande, suivirent cet exemple et étudièrent le groupe des névroses vaso-motrices et trophiques. Les principales sont les maladies de Raynaud, de Schülze, de Nothnagel, de Quincke et l'érythromélgie.

Depuis, de nombreuses dermites sont considérées comme des manifestations sympathiques, au moins en partie : urticaire, prurit, acné et couperose, etc.

Dans divers états morbides, les réactions vaso motrices provoquées sont perturbées et l'étude des variations de la raie vaso motrice de Vulpian, le signe de la tache rouge thyroïdienne de Marañon servent au diagnostic de certaines maladies.

FONCTION SÉCRÉTOIRE.

En la découvrant, C. Bernard avait réussi à la dissocier de la vaso-dilatation. Pawloff a montré le rôle du sympathique dans la production du suc gastrique, Gauthier dans celle du suc duodénal; en 1859, C. Bernard dans la production du suc pancréatique.

La sécrétion cutanée en est aussi dépendante, André Thomas a fixé la topographie des centres métamériques. Pour les glandes endocrines, on a établi la preuve d'une action sympathique sur la sécrétion de la thyroïde et de la surrénale. En fait, nous manquons de précisions dans ce domaine et Laignel-Lavastine a pu dire : « Les troubles sécrétoires digestifs, cutanés, urinaires et endocrinieus sont tout un monde encore obscur, »

EUTHERMIE ET EUTROPHIE.

La thermorégulation fut placée en 1857 par Brodie sous la dépendance d'un centre bulbaire; actuellement, avec F. Franck, on revient à la conception d'une action d'ensemble du sympathique.

Ce qu'on sait de l'eutrophie et de ses perturbations, ce sont ses rapports avec la sensibilité; il semble, du reste, que dans la

conduction de cette sensibilité les voies sympathiques n'entrent que pour une part.

III. — Causes de perturbation des fonctions sympathiques.

D'une façon générale, l'irritabilité du sympathique est conditionnée par des actions relevant du milieu extérieur, du milieu intérieur et du psychisme. C'est dans chacun de ces domaines que nous allons étudier leur nature.

LE MILIEU EXTÉRIEUR.

L'action des énergies physiques, telles que la pesanteur, la pression, la chaleur, la lumière, l'électricité, est connue de longue date.

Récemment Abrami a attribué au magnétisme terrestre une certaine influence. Le maximum de réflectivité sympathique s'observe chez un sujet faisant face à l'Ouest, et d'après Laignel-Lavastine la position horizontale nord-sud serait la plus favorable à un bon sommeil.

PSYCHISME.

L'activité psychique est indéniablement la source de manifestations végétatives. La glycosurie survenant au cours d'émotions particulièrement intenses a été fréquemment observée. D'autre part, tous les symptômes physiques et une partie des signes psychiques de l'émotion sont sous la dépendance du sympathique ; même si on admet qu'ils traduisent une adrénalinémie, on est dans l'obligation de reconnaître l'origine sympathico-réflexe de cette décharge d'adrénaline dans le torrent circulatoire.

Une preuve complémentaire se dégage de deux observations rapportées par Armaingaud en 1876 et Perrens en 1913. Elles concernent deux malades névropathes qui réagissaient à une émotion intense en réalisant un syndrome vaso-moteur et parfois trophique, rappelant la maladie de Raynaud. La persis-

tance de la sensibilité, la fugacité habituelle des manifestations, leur extension à la face et aux membres inférieurs l'en distinguaient cependant.

MILIEU INTÉRIEUR.

Les humeurs de l'organisme agissent sur le système nerveux végétatif par leurs modifications physico-chimiques. L'étude des venins permet à Arthus de mettre en lumière l'action remarquablement élective des toxiques exogènes sur les éléments de ce système.

Les variations constantes de nos impressions coenesthésiques sont une preuve de l'action du milieu intérieur sur notre sensibilité sympathique, et c'est particulièrement aux sécrétions endocrines qu'il faut attribuer ces modifications humorales. La glande thyroïde a sur l'excitabilité du nerf de Cyon une influence qu'Asher a précisée en 1912. Celle des surrénales ressort de l'étude qu'a faite Milian de la vaso-paralysie arsenicale, et tout récemment le professeur Pachon a attiré l'attention sur l'action de ces sécrétions dans les états vaso-moteurs.

Sur ce terrain, les observateurs ont fait une riche moisson de résultats concluants; c'est ce qui a permis à Wintrebert d'écrire : « Ce sont les substances sécrétées par l'ensemble des tissus qui circulant dans le milieu intérieur, éveillent nos appétits, nos désirs, nos passions. Ce sont-elles qui règlent d'une manière permanente l'activité des individus et donnent à chacun ses caractères particuliers. »

LES CHOCS.

Il existe en clinique toute une série de manifestations sympathiques à allure d'entités morbides et qui témoignent dans leur symptomatologie d'un rare degré de similitude. C'est cette ressemblance qui leur a valu le nom commun de choc. Leur étiologie les sépare toutefois et l'on distingue des chocs moraux, opératoires, traumatiques et anaphylactiques. Ces derniers, d'après Widal, ne seraient qu'une modalité des réactions dites colloïdoclasiques, et c'est plus particulièrement la colloïdoclasie

tissulaire qui serait responsable de l'extériorisation clinique du choc.

Tinel et Santenoise ont retrouvé la colloïdoclasie à la base des manifestations paroxystiques et cycliques de l'anxiété des mélancoliques et des maniaques, et de l'épilepsie.

Pagniez et ses collaborateurs l'ont incriminée dans la migraine.

CHAPITRE II

Le syndrome sympathique d'hyperexcitabilité globale.

En 1917, F. Ramond, avec Petit et Carrié, a décrit, sous le nom de syndrome sympathique, un ensemble de troubles vasomoteurs cardiaques, sécrétoires, respiratoires et sensitivo-sensoriels présentant des épisodes paroxystiques sous diverses influences. Il fut le premier à en voir la cause dans un état d'hyperexcitabilité globale vago-sympathique.

Ce n'était pas la première fois que de telles manifestations étaient observées en clinique, mais leur valeur nosologique était jusque-là restée indéterminée.

I. — Historique.

Il y a bien longtemps que les médecins ont été frappés de l'existence de troubles intéressant une grande partie des fonctions végétatives et dont le retentissement pouvait se faire sentir sur le psychisme.

Et c'est aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles que les « vapeurs » et « maux de nerfs » dominèrent la pathologie.

Hippocrate décrivait parmi les symptômes de l'*ἄναγνις* ou morbus resicartorius une constipation habituelle avec chaleur et rougeur du visage après les repas, du mal de tête ou simple somnolence, de la débilité avec perte d'embonpoint.

La plus ancienne théorie abdominale de l'origine de ces troubles a été exposée par Galien qui leur a appliqué le nom

d'hypocondrie. Il a signalé la coexistence des symptômes abdominaux et des troubles névropathiques et considéré ceux-ci comme consécutifs à la maladie des hypocondres.

L'atrabile, les obstructions par un sang épaissi et corrompu, les vapeurs engendrées dans les viscères sous-diaphragmatiques et remontant jusque dans le cerveau pour y altérer les esprits animaux ont suffi pendant une longue période à l'explication de ces signes cliniques.

Dans son *Traité des maladies vaporeuses des deux sexes*, Pomme définit l'affection vaporeuse « cette affection générale ou particulière du genre nerveux qui en produit l'irritabilité et le racornissement. Elle est appelée hystérique chez les femmes parce que les Anciens regardoient les differens dérangemens de la matrice comme l'unique cause de ces maladies. On l'appelle hypocondriaque chez les hommes, ou mélancolique, parce que les mêmes auteurs en ont établi la cause dans les hypocondres et les viscères du bas-ventre. L'énumération des symptômes est aussi vague qu'elle est étendue, le Protée dans ses métamorphoses et le Caméléon sous l'expression de ses différentes couleurs n'expriment encore que faiblement leur variété et leur bizarrerie ».

La communauté des signes d'irritabilité nerveuse que présentent l'hystérie et l'hypocondrie poussait Sydenham à les confondre : *Si tamen affectiones hypocondriacas, vulgo dictas, cum mulierum hystericarum symptomatibus conferemus, vix ovum ovo similius quam sunt phenomena deprehendemus.*

Cité par Pomme, Fizes considère comme cause de l'irritabilité nerveuse « un sang épais, sec, acrimonieux... C'est en conséquence de la dissipation de ce mucilage doux qui donne la fluidité au sang que ce sang a pris les mauvaises qualités énoncées et que le genre nerveux est trop tendu ».

Le traitement était en rapport avec l'idée qu'on avait de la cause, et Sanctorius en pose les directives :

Hypocondriaci, si frequentibus balneis, eorum corpora redantur perspirabilia, et victo humido utantur, sani fiunt. Ainsi

le sang récupérera son état de dilution normale et les nerfs se détendront.

Tantôt le foie, tantôt la rate, tantôt l'estomac furent spécialement considérés comme le siège du mal. Sylvius, Vieussens et Higmore insistèrent sur les troubles digestifs. Cabanis et Bichat attribuèrent aux viscères un rôle d'autant plus considérable qu'ils en faisaient le siège des passions.

Le premier, Comparetti a placé l'origine de ces manifestations dans le système nerveux ganglionnaire après qu'une autopsie lui eut fait découvrir des lésions du ganglion semi-lunaire. Cette théorie nerveuse fut adoptée par Louyer-Villermay qui décrivit le délire émotif comme une névrose ganglionnaire. Les bouffées de chaleur, les sensations horripilantes et les battements épigastriques sont la conséquence de cet état névrosique.

Avec ces auteurs, l'hypocondrie perdait sa valeur étymologique. D'autres, avec Béard, en 1868, reviennent à la théorie abdominale et dyspeptique. Le résultat de cette dernière tendance qu'a suivie Broussais nous amène à la conception actuelle des gastronévroses de Hayem, de la névrose cérébro-gastrique de Leven.

D'autres causes endocriniennes et infectieuses sont reconnues comme pouvant donner lieu à de telles manifestations, et l'étude de la physiologie du sympathique fit l'union de toutes ces tendances divergentes en attribuant à l'ensemble de ces signes la valeur d'un syndrome sympathique susceptible de relever d'étiologies multiples.

II. — Étude symptomatologique.

En opposition avec les syndromes d'irritation locale, le syndrome sympathique de Ramond comprend toute une série de troubles permanents et épisodiques que nous allons étudier à présent.

TROUBLES VASO-MOTEURS.

La manifestation la plus frappante consiste en troubles de la

vaso-motricité qui, plus ou moins marqués à l'état permanent, prennent souvent une allure paroxystique. Ils siègent de préférence à la face, aux mains et aux pieds. Le visage est d'une coloration rosée, surtout marquée aux joues, qui prête aux malades un remarquable aspect de bonne santé. Ils ont « bonne mine », dit Ramond. Fréquemment ils se ressentent de cette circulation exagérée qui leur met les joues en feu, parfois tout le visage, ils perçoivent alors les battements de leurs artères temporales. L'état des extrémités se caractérise au contraire par un ralentissement circulatoire. Une coloration violette, due à une vasodilatation capillaire avec vaso-constriction des artérioles, leur donne une apparence de livedo. La pression digitale y détermine une tache blanche persistante. On peut y mettre en évidence un certain degré de refroidissement, parfois d'humidité, qui en rend le contact désagréable. Subjectivement, les malades ont froid aux mains et aux pieds.

Dans certains cas, le déshabillage provoque sur le tronc un érythème du type « roséole pudique » surtout manifeste aux endroits de pression des vêtements.

Renard a recherché la raie vaso-motrice chez ces malades; chez certains elle est normale, mais plus souvent on observe une raie rouge durable ou une raie blanche; dans quelques cas enfin on voit une raie rouge encadrée de deux raies blanches. L'auteur considère que cette variété des réactions correspond à des variations d'intensité de l'excitation ou d'irritabilité sympathique. Une réaction faible correspondrait à la ligne blanche, une forte à la ligne rouge. Ainsi s'expliquerait la réaction complexe des trois raies, par le fait que la pression centrale a été plus forte que la pression latérale lors de l'excitation.

La tension artérielle est basse chez ces sujets.

TRoubles SÉCRÉTOIRES.

Liés ou non aux troubles vaso-moteurs, les troubles sécrétoires cutanés n'ont pas manqué de frapper les auteurs. L'hypersécrétion sudorale est remarquable sur les malades déshabillés depuis un certain temps, des gouttes de sueur ruissellent sur la peau.

L'hyper et la bromhidrose plantaires s'observent et parfois se compliquent de macération. Certains malades de Renard présentèrent de la sialorrhée, d'autres de la glucosurie.

TROUBLES CARDIAQUES.

Le cœur de ces malades est instable, des crises de tachycardie intense s'installent facilement avec parfois des sensations angoissantes ou transfixiantes.

Le réflexe oculo-cardiaque se montre indifférent ou inconstant chez ces malades.

TROUBLES RESPIRATOIRES.

En concomitance avec les paroxysmes cardiaques, parfois en dehors d'eux, les malades présentent une dyspnée qui se caractérise par, de temps en temps, de fortes inspirations. Renard rapporte des cas où elle simule la crise d'asthme.

TROUBLES SENSITIVO-SENSORIELS.

En dehors des sensations de froid aux extrémités, de chaleur à la tête, les malades ont souvent des fourmillements, des sensations de picotement et d'horripilation.

Des bourdonnements d'oreille, des vertiges sont décrits par Ramond.

TROUBLES DIGESTIFS.

On note le plus souvent de la constipation, mais on voit des malades présenter véritablement l'allure de dyspeptiques, surtout dans le type de l'hyperchlorhydrie et de l'atonie. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet.

TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX DE RELATION.

Il y a des malades qui ont du tremblement et bien souvent c'est à un état émotif que l'on doit le rapporter. Ramond dit que ces sujets sont des « émotifs physiques », mais un facteur psychique peut s'y ajouter et le malade devenir neurasthénique. Jaboulay a admis la possibilité d'une hystérie secondaire et Renard en a observé un cas.

Ceci nous fait mieux comprendre les paroles de Laignel-Lavastine rapportées plus haut sur la « clinique de frontière », domaine du sympathique.

RAPPORTS DU SYNDROME SYMPATHIQUE AVEC LA VAGOTONIE.

Le tableau de la vagotonie, donné par Eppinger et Hess, présente une analogie avec celui du syndrome de Ramond. Il semble bien, en effet, que l'étude des auteurs viennois se rapporte à des faits semblables. Mais l'interprétation donnée par eux leur défend d'y faire entrer des signes d'excitation du sympathique proprement dit, puisqu'ils opposent à la vagotonie une sympathicotonie. Or, les auteurs français, après Lœper et Mougéot, en 1913, ont bien constaté qu'en clinique on ne pouvait établir une distinction aussi nette et que la sympathicotonie s'intriquait le plus souvent avec la parasympathicotonie. Ramond en donne pour preuve l'inconstance du réflexe oculocardiaque et la variabilité des effets de l'exploration pharmacodynamiques chez les porteurs du syndrome.

INTERPRÉTATION FRANÇAISE.

Ramond fait observer que les symptômes sont d'ordres différents : « Certains d'entre eux sont liés à un état d'excitation, d'autres à un état d'inhibition. Il y a donc lieu de parler, non pas seulement d'hyperexcitabilité, mais aussi d'un déséquilibre de l'innervation sympathique dont l'influx se porterait avec excès sur une partie du territoire et resterait en défaut dans une autre. » Pour la même raison, Laignel-Lavastine refuse à ces manifestations le nom de tonies, mais ayant constaté l'inconstance des réactions pharmacodynamiques, il propose le nom « d'hyperexcitabilité diffuse, sorte de déséquilibration avec, selon les cas, les moments et les régions, prédominance ortho ou parasympathique ».

Guillaume avait cependant exprimé l'intrication des signes vagues et sympathique par le nom d'« hyperneurotonie totale », et Harvier, tenant compte de l'objection sus-indiquée de Laignel-Lavastine, transforme l'expression en « syndrome global d'hyperexcitabilité végétative ».

CHAPITRE III

La forme paroxystique du syndrome sympathique.

Tous les auteurs ont signalé chez les porteurs du syndrome sympathique des bouffées de chaleur, des crises de tachycardie, mais les troubles permanents ont surtout retenu leur attention. Il semble cependant qu'il y ait des cas (Obs. I, II, III, IV) où les signes permanents sont inexistants ou réduits à un minimum, tel que l'émotivité de l'observation I. Les manifestations épisodiques ont alors une allure critique et une intensité remarquables.

Elles se produisent le plus souvent au cours d'un repas, quelquefois après un effort ou une émotion. La qualité et la quantité des aliments n'ont aucune importance, et Ramond a signalé que « l'ingestion d'une simple tasse de thé dans l'après-midi a suffi chez un malade à provoquer l'apparition de troubles intenses et éviter ainsi la crise qui survenait habituellement au repas du soir ». Nous retrouvons le même fait signalé dans l'observation VII, empruntée à Pomme.

La crise est en effet déclanchée au début du repas par l'ingestion des premiers aliments. Le régime végétarien ou lacté la provoque tout autant que les aliments carnés.

Elle débute brutalement, le paroxysme est atteint aussitôt en un ensemble de signes objectifs et subjectifs.

Le visage et le cou du malade deviennent d'un rouge intense, ses yeux sont injectés, la vaso-dilatation s'étend parfois au haut de la poitrine et aux mains.

Une agitation fréquente fait promener le malade dans sa

chambre et son attitude exprime l'inquiétude ; c'est qu'en effet les manifestations subjectives de cette crise sont particulièrement intenses.

Le malade sent la chaleur de son visage, il sent battre les artères de son cou et de ses tempes. Des palpitations ajoutent à ce malaise une note angoissante parfois très marquée (Obs. IV). A l'angoisse cardiaque peut s'ajouter une angoisse respiratoire avec sensations d'étouffement, de gonflement du cou, et qui se manifeste par une dyspnée du type décrit par Ramond.

Le pouls de ces malades témoigne d'une tachycardie intense. L'auscultation du cœur ne révèle ni extrasystoles ni souffles orificiels. La pression artérielle n'est pas augmentée. Le réflexe oculo-cardiaque a été trouvé tantôt normal, tantôt indifférent ou négatif.

La crise dure environ deux heures et se termine par un retour progressif à l'état normal. Le malade est alors abattu et fatigué.

Elle se reproduit tantôt à chaque repas, tantôt une fois par jour et quelquefois plus rarement.

Parfois la manifestation est unique et isolée (Obs. IV), plus souvent elle se répète un nombre variable de fois. Dans l'observation II elle s'était reproduite pendant vingt jours quand le traitement y mit un terme.

La répétition fréquente des crises peut amener le malade à un véritable état de dépression et d'amaigrissement.

Dans les gastro-névroses où Renard a vu le syndrome sympathique se doubler d'un syndrome d'irritation locale du plexus solaire, on peut observer de telles manifestations paroxystiques, mais en général elles disparaissent derrière l'importance des crises d'irritation solaire. L'observation V, que nous empruntons à Renard, nous semble démonstrative à ce point de vue.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance du docteur MAURIAC.

M. G..., 26 ans.

Son père est mort d'un ulcère de l'estomac, sa mère est névropathe, il a un frère bien portant.

Lui-même n'a jamais été gravement malade, mais présente des troubles digestifs : langue saburrale, alternatives de diarrhée et de constipation. Jusqu'à présent il est soigné pour petite insuffisance hépatique. Il se dit très nerveux, il est émotif et instable de tout temps. Actuellement, fiancé depuis deux mois, il dort mal par suite d'une excitation génitale qui l'affecte.

Le docteur Mauriac le voit dans son cabinet à la suite des circonstances suivantes :

Au cours du repas de midi, la veille, il sentit brusquement une vague de chaleur intense envahir son visage. Sa famille le voit devenir rouge écarlate, tandis qu'il ressent une sensation d'étouffement et des palpitations. Il s'étend sur un lit, mais l'immobilité lui est insupportable. La crise s'atténue peu à peu et deux heures après tout est rentré en ordre.

Le repas du soir se passe sans incident. Mais dès l'absorption du potage le lendemain à midi, les mêmes phénomènes se reproduisent et à la fin de la crise il se décide à voir le docteur Mauriac.

L'examen provoque une crise. Le visage devient rouge et le pouls atteint 130. Le réflexe oculo-cardiaque est négatif.

La tension artérielle est 6-15.

La prescription de cinq jours de traitement à la belladone et dix jours à la gènesérine n'enraya les crises qu'au huitième jour.

Conclusion. — Syndrome sympathique général à forme paroxystique déclenché par les repas et les émotions.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance du docteur MAURIAC.

A. M..., 25 ans.

Ne signale rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et n'a jamais eu de grave maladie, à part une jaunisse pendant son service militaire.

En 1921, il fait au Sénégal un premier voyage de trois mois qu'il répète en 1922 et 1923 sans incident.

En 1924, au mois de mars, lors d'un quatrième voyage au Sénégal, il aurait, pendant sept jours, souffert d'une fièvre non paludéenne qu'il attribue à l'excès de chaleur; il faisait, en effet, 50 degrés à l'ombre.

Il en est sorti très fatigué ayant perdu 8 kilos. Il n'a jamais eu de dysenterie, il digère bien, mais manque d'appétit; son cœur et ses poumons paraissent intacts, ses urines sont normales. En somme, il est asthénique sans fièvre et a de l'acné; il se plaint, en outre, de douleurs dans les cuisses en marchant.

Le 30 juin 1924, au début du repas de midi, il eut une crise intense de tachycardie, son visage devint rouge, puis violet pourpre ainsi que son cou, le haut de sa poitrine et ses mains.

Un malaise surtout fait d'angoisse le surprit, son pouls battait 130. La crise dura deux heures. Jusqu'au 4 juillet, il n'eut aucun accident. A cette date, il fut la proie d'une crise nouvelle, répétition de la première, et qui se renouvela depuis tous les jours ou tous les deux jours avec une intensité variable.

Son réflexe oculo-cardiaque est normal, sa tension de 8-15.

L'examen de sang montre une formule sanguine normale également.

En vue d'arrêter les crises, furent essayés en vain et successivement :

La compression des globes oculaires ;

La compression des régions carotidiennes ;

La déglutition d'un gros cachet.

Le régime végétarien n'amena aucune sédation pas plus que le régime lacté. La diète complète évitait seule les crises. La prise de phylactone avant les repas se montra également inefficace.

Il lui fut prescrit le traitement suivant :

Un comprimé de génésérine à prendre deux heures après chaque repas et X gouttes de belladone persiflore jusquiame P E après les repas. Comme nul effet n'en résultait, on adjoignit sans plus de succès deux comprimés de quinicardine.

Durant la période où les crises s'étaient atténuées, on essaya avant chaque repas 1/4 de milligramme d'atropine qui sembla donner une nouvelle vigueur aux manifestations.

Le malade, fatigué, asthénique, ayant perdu 4 kilos, à qui son cœur instable défend tout exercice et rend nécessaire la marche à pas comptés, voit revenir ses crises trois et quatre fois par semaine, quand le 20 juillet on essaye l'autohémothérapie.

3 cc. de sang lui furent injectés dans la fesse et cette manœuvre fut répétée cinq fois à trois jours d'intervalle. Deux jours après la première piqûre, le malade eut une crise légère qui fut la dernière. Depuis, il a engraisé de 4 kilos, il monte à cheval et se trouve très bien.

Conclusion. — Syndrome sympathique à forme paroxystique intense ; les crises se sont répétées pendant vingt jours sans être influencées par les médicaments. L'action de l'autohémothérapie semble dénoncer la nature sensibilisante de l'intoxication qui le produit.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance du docteur MAURIAC.

J. D..., 30 ans.

Le 24 février 1924, à 9 heures du soir, le docteur Mauriac est

appelé d'urgence à l'hôtel où J. D... séjourne en cours de voyage de noce; il est reçu par M^{me} D... qui lui dit que son mari a eu une congestion. A table, il venait de prendre un consommé et commençait à manger des œufs quand il devint rouge « comme un homard ». Il sentit une vague de chaleur lui monter au visage, son sang se porter à la tête, injecter ses yeux, gonfler son cou au point de lui faire quitter son faux-col. Il eut la sensation d'une attaque.

Dans sa chambre, le malade est debout, il marche avec inquiétude, son cou dégagé est rouge brique comme son visage. Ses yeux sont injectés. Il éprouve une sensation de chaleur intense, de torsion dans la tête et il sent battre fortement les vaisseaux de son cou.

Son pouls est à 125; l'auscultation de son cœur ne révèle rien.

La tension au Pachon est de 8-13. Indice, 2.

La compression des globes oculaires et celle des régions carotidiennes ne modifient en rien le rythme cardiaque.

Après avoir rassuré le malade, le docteur Mauriac prescrit des gouttes de belladone alternées avec de la gésésérine.

A minuit, la rougeur s'atténue, la tachycardie se calme, le malade s'endort. Le lendemain, il se réveille fatigué, mais sans trouble apparent, il prend 30 grammes de sulfate de soude. L'ingestion de lait lui donne une nouvelle crise.

Le 26, tout est passé, jamais plus de crise depuis.

J. D... est d'une famille de tuberculeux; il compte son père et deux frères morts de bacillose pulmonaire; sa mère eut une adénite tuberculeuse. Lui-même, après les maladies de l'enfance, a eu une atteinte du poumon droit nécessitant deux séjours en Suisse. Actuellement il est guéri cliniquement et ne conserve qu'une tendance à faire de la bronchite.

Conclusion. — Syndrome sympathique uniquement manifesté par des paroxysmes typiques dans leur forme comme dans leur apparition. Il est à noter que la simple ingestion de lait suffit à produire une crise.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance du docteur MAURIAC.

V. G..., 58 ans.

Le malade supporte également bien et depuis longtemps un diabète moyen et un souffle systolique à l'aorte.

En se mettant au lit, le 15 juin, une chaleur lui monte à la tête, son visage devient d'un rouge intense, une forte tachycardie s'accompagne d'une angoisse telle que le docteur Mauriac appelé en hâte se trouve, en arrivant, déjà précédé d'un confesseur. La tension à ce moment était de 9-18; le pouls battait à 130.

En une heure, la crise disparut, et depuis le malade n'a jamais rien présenté d'analogue.

Conclusion. — Syndrome sympathique sous forme d'un paroxysme unique. L'intérêt de cette observation réside dans la brutalité et l'intensité des manifestations subjectives et de l'angoisse en particulier.

OBSERVATION V

N° X de la thèse de RENARD.

M^{me} M..., 24 ans.

La malade souffre, depuis cinq ans, de pesanteur à l'estomac immédiatement après les repas. Depuis trois mois, aggravation marquée; elle éprouve une sensation de torsion épigastrique de suite après l'ingestion d'aliments et une tension douloureuse. Ces douleurs persistent environ deux heures, laissant dans l'intervalle un léger endolorissement épigastrique. Cette douleur s'irradie en arrière vers la colonne vertébrale empêchant la malade de se baisser.

Jamais de vomissements ni d'hématémèse, anorexie relative, constipation marquée (une selle tous les trois jours), amaigrissement de 8 kilos en un an.

La malade se plaint, en outre, de palpitations cardiaques survenant pendant les périodes digestives, débutant immédiatement après les repas, durant deux ou trois heures et coïncidant avec les douleurs gastriques.

En même temps, malaise général avec sensation d'étouffement, d'oppression respiratoire; la respiration est pénible, lente, entrecoupée de profonds soupirs, bouffées de chaleur au visage.

Cœur normal; pouls à 80. Tension, 13-8.

En période digestive, le pouls atteint 120.

Chimisme et motilité gastrique normaux.

Conclusion. — Syndrome sympathique global compliqué de signes d'irritation solaire simulant un ulcus. Les manifestations générales sont paroxystiques et en rapport avec les repas.

OBSERVATION VI

N° XVIII de la thèse de CHAUMAT.

Résumé de l'autoobservation de V. L..., 23 ans, éreutrophobe et neurasthénique :

« Je considère que l'éreutrophobie est la conséquence du trouble vaso-moteur; la crainte se surajoute secondairement... Quelle est l'origine de ce trouble vaso-moteur? Vous la trouverez peut-être dans mon hérédité et mes antécédents personnels. Mon hérédité offre un cardiaque (grand-père maternel), un arthritique (mon père), une asthmatique (sœur de mon père), une nerveuse (ma mère) qui eut des troubles gastriques... »

Dans ses antécédents personnels, il signale « une vie agitée, esprit inquiet, cœur malade, ennui profond, d'où veilles prolongées, longues stations dans les cafés, absorption d'alcools. Résultat : troubles gastriques et cardiaques. Je souffre encore parfois de l'estomac et très souvent de palpitations ».

Conclusion. — Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre l'existence de troubles vaso-moteurs précédant les troubles psychiques et ici la phobie neurasthénique.

OBSERVATION VII

Empruntée à POMME.

Fragment de l'autoobservation de M. de la Roquette (1760) :

« Mon appétit est assez bon, mais je sens, à la fin des repas, une

barre dans la région ombilicale, avec des battements qui montent jusqu'à l'estomac; si je n'ai pas cette barre ou pour mieux dire cet état spasmodique, ma tête s'embarrasse, il me prend alors un froid convulsif, les nausées et les migraines s'ensuivent.

« Voilà l'état alternatif dans lequel je me trouve journellement; il est le même pour un seul morceau de pain que pour un grand repas. »

Conclusion. — Syndrome sympathique général alternant avec un syndrome solaire local. L'intérêt réside ici en ce que le paroxysme est déclanché par l'ingestion quelles que soient la qualité et la quantité des aliments.

CHAPITRE V

Pathogénie et étiologie.

Nous allons dans ce chapitre envisager les causes qui déterminent habituellement le syndrome sympathique, puis essayer de dégager la nature de celles que nous incriminerons dans les cas que nous avons rapportés.

NÉVRITE OU IRRITATION DIRECTE.

Dans un certain nombre de cas, il est la manifestation générale d'une irritation directe et locale du sympathique.

Les communications de Sergent, Pruvost et Labro ne laissent pas de doute sur l'origine des troubles observés par ces auteurs. Le traumatisme thoracique, par la présence d'un corps étranger médiastinal donne aux malades de bonnes raisons de manifester des troubles d'irritation vago-sympathique.

Dans l'observation de Lœper et Turpin, la sclérose bronchique médiastinale joue un rôle analogue.

Nous placerons également dans cette catégorie les cas où l'irritation procède d'une lésion organique par infection ; l'ulcère de l'estomac, l'appendicite chronique, les annexites peuvent donner des névrites sympathiques. Dans la règle, alors, le syndrome général s'accompagne d'un syndrome d'irritation solaire prédominant.

IRRITABILITÉ ENDOCRINIENNE ET CONSTITUTIONNELLE.

Chez un autre groupe de malades on peut trouver la raison de l'irritabilité sympathique dans une disposition constitutionnelle, comme l'émotivité, dont Savini a donné une description.

Souvent aussi on peut mettre en cause une perturbation endocrinienne, surtout l'hyperthyroïdisme ou l'insuffisance ovarienne.

Les signes complémentaires de ces troubles endocriniens sont parfois très frustes et la cause se révèle à l'occasion de l'efficacité d'un traitement opothérapique.

IRRITABILITÉ PAR INTOXICATION DIGESTIVE.

Le plus souvent on se trouve en présence de malades portant des troubles digestifs plus ou moins objectifs. C'est une remarque banale, en effet, que des troubles cardiovasculaires coexistent avec des dyspepsies.

Thibierge voit à l'étiologie de la couperose, « dans les deux sexes, les troubles des voies digestives, soit qu'il s'agisse de dyspepsie vaso motrice avec distension gastrique produisant des stases sanguines ou avec constipation habituelle facilitant également la congestion céphalique, soit qu'il s'agisse d'autres états gastro-entéropathiques provoquant des intoxications ou facilitant les résorptions de la muqueuse digestive ».

Le Noir et Agasse-Lafond indiquent que dans certaines dyspepsies les signes douloureux locaux sont remplacés par des troubles cardiovasculaires. « Les troubles cardiovasculaires des dyspeptiques sont connus depuis longtemps. On peut invoquer pour les expliquer tantôt une influence toxique, tantôt enfin et le plus souvent une action réflexe par l'intermédiaire du pneumogastrique. »

En 1913, Lœper émit l'idée que ces malades étaient des intoxiqués, les recherches qu'il a effectuées depuis l'y ont confirmé.

Avec Tonnet et Forestier, il a montré expérimentalement la diffusion dans le nerf pneumogastrique de poisons venant de l'estomac et en particulier de la toxine tétanique. Il a de même mis en lumière le passage normal de la pepsine et son action excito-motrice sur le vague.

On peut aussi considérer avec Le Noir que la muqueuse s'excorie au contact des aliments ingérés sans précaution et que chacune de ces excoriations est une porte ouverte sur l'organisme aux produits de l'estomac. Les expériences que Débat

rapporte dans sa thèse prouvent bien l'influence d'un repas tachyphagique sur l'accroissement de température de la face.

Lesné et Dreyfus, d'autre part, admettent également l'existence d'une intoxication « par viciation des actes digestifs soit par défaut de sécrétions digestives, soit par fermentations anormales, soit enfin par un trouble de la perméabilité intestinale secondaire aux altérations épithéliales laissant passer dans la circulation des aliments en nature ou incomplètement modifiés ».

L'existence d'une intoxication produisant sur le sympathique une irritation superficielle paraît donc bien établie.

C'est cette étiologie que nous invoquons pour expliquer les syndromes paroxystiques que nous avons rapportés.

L'apparition des crises au cours des repas, leur disparition quelques heures après, militent en faveur de cette hypothèse, comme le fait que la diète complète les évite.

Il semble de plus que nous puissions tirer un argument dans ce sens du fait de la guérison d'un malade par l'autohémothérapie. Nous savons que cette thérapeutique agit particulièrement chez les sujets sensibles à des intoxications endogènes. Il paraît bien alors que chez ce malade le syndrome était la manifestation d'une sensibilité spéciale à une intoxication digestive.

L'allure critique et rythmique des accidents est bien dans la physionomie clinique des manifestations de la sensibilité.

Cette opinion se renforce des remarques de Garrelon, Tinel et Santenoise, qui ont montré le rôle du déséquilibre vago-sympathique dans la prédisposition à la sensibilité toxique et l'importance des variations de ce déséquilibre dans la production des manifestations paroxystiques et cycliques.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

L'allure des manifestations est bien caractéristique et seule la polyglobulie de Vaquez peut prêter à confusion, surtout sa forme anérythémique. Lutembacher indique alors une splénomégalie et une formule sanguine avec quelques hématies nucléées et quelques rares myélocytes qui tranchent la question.

Autre chose est de faire le diagnostic étiologique. Ramond ne distingue souvent le syndrome qu'il a décrit du basedowisme fruste que par un traitement d'épreuve opothérapique.

Les commémoratifs et le traitement pourront encore déterminer la cause quand elle réside dans une insuffisance ovarienne. L'histoire clinique permettra seule de déceler un état constitutionnel. La neurasthénie et l'éreutophobie, surtout dans sa forme du second degré de Régnier, éreutose sans phobie, semblent bien difficiles à s'en distinguer dans les cas frustes. Un facteur psychique peut s'ajouter à un syndrome sympathique primitif. Nous sommes souvent alors en présence de cas limites où l'orientation doctrinale de l'observateur servira souvent à étayer une conviction.

Dans les cas paroxystiques, il semble qu'on puisse faire état de l'horaire des crises et de ses rapports avec les repas pour incriminer une intoxication digestive. Mais quand il y a association d'un syndrome d'irritation solaire, la radioscopie et l'étude du chimisme gastrique seront seules capables de faire la part d'une dyspepsie organique, comme l'a fort bien indiqué Ramond.

CHAPITRE VII

Traitement.

Dans la cure de ces manifestations sympathiques, nous pourrions essayer une thérapeutique générale que Renard conseille plus tonique que sédatif. La valériane et le bromure lui ont donné des échecs, tandis que parfois le cacodylate de soude à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour amena des améliorations.

L'auteur explique cette action favorable par la reprise d'un contrôle médullaire. Il s'est également bien trouvé du phosphore en préparations organiques.

Dans cet ordre d'idées, l'hydrothérapie sous forme de douches tièdes en pluie paraît préférable aux bains dont l'action est plutôt déprimante.

Au moment des paroxysmes, les manœuvres qui consistent à comprimer les régions carotidiennes, les globes oculaires et à faire ingérer un bol alimentaire volumineux sont sans effet.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

Ramond a amélioré quelques malades avec l'atropine et Renard a constaté des résultats avec la teinture de belladone ou les injections sous cutanées d'atropine. Par contre, dans notre observation II, elle est nettement inefficace. Il semble que les teintures d'aconit et de gelsemium aient agi dans certains cas.

L'ésérine a été préconisée par Moutier et se montre en général d'une réelle efficacité. Il conseille d'employer :

Salicylate neutre d'ésérine.....	1 centigramme.
Glycérine à 28 degrés.....	3 cc. 5
Eau distillée.....	1 cc. 5
Alcool à 95 degrés.....	q. s. p. 10 cc.
dans un flacon teinté.	

L gouttes contiennent 1 milligramme d'ésérine. On donne XXX à LXXV et C gouttes par vingt-quatre heures.

Les granules de sulfate d'ésérine au 1/4 ou au 1/2 milligramme peuvent s'employer aussi jusqu'à concurrence de 1 ou 2 milligrammes d'ésérine *pro die*.

Une nouvelle préparation qui semble être mieux supportée est la génésérine en granules au 1/4 ou au 1/2 milligramme, on peut en donner 4 à 6 par jour. Cette préparation est en faveur à l'heure actuelle grâce à une heureuse spécialisation.

L'emploi de l'ésérine ou de son composé peut être prolongé pendant plusieurs semaines. Les accidents qu'entraîne cette thérapeutique consistent en myosis, fatigue et courbature, parfois un épuisement comparable à celui que présentent certains sujets après des séances fortes et répétées de radiothérapie.

En revanche, certains sujets ressentent une action tonique des plus nettes.

L'alternance de prise de teinture de belladone et de génésérine a donné au docteur Mauriac d'excellents effets dans les observations I et III.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE.

Un syndrome qui reconnaît pour origine un trouble endocrinien est en général très amélioré par l'opothérapie.

Si une dyspepsie a précédé son apparition, la thérapeutique gastrique s'impose, comme l'a remarqué Ramond; elle échoue, par contre, quand la dyspepsie rentre au nombre des manifestations sympathiques.

Dans les cas où des battements épigastriques intenses s'allient à une constipation opiniâtre, Jaboulay propose un traitement

chirurgical. Il dénude l'aorte et masse les ganglions semi-lunaires ou faradise le plexus solaire.

AUTOHÉMOTHÉRAPIE.

L'allure paroxystique du syndrome observé chez un malade incita le docteur Mauriac à essayer l'autohémothérapie. Une sédation manifeste s'est montrée dès la première injection et la disparition définitive des crises a été obtenue dès la deuxième. Ce résultat est à rapprocher de celui obtenu par Paillard qui, ayant fait subir ce traitement à des femmes hyperchlorhydriques, avait noté que la rougeur de la face et la migraine (ou l'état céphalalgique) avaient été améliorées plus que la sensation de gêne épigastrique et les brûlures.

L'indication de l'autohémothérapie dans les cas de sensibilité et d'état vaso-sympathique a été posée par Louste, Thibaut et Barbier en 1923.

L'autosérothérapie, découverte par Spietkoff en 1913, n'est que la modification de l'homosérothérapie grâce à laquelle May Lindser, en 1911, guérit un cas d'herpès gestationis.

Ravaut, en 1913, simplifia la méthode de Spietkoff et appliqua l'autohémothérapie à la cure des affections de la peau, particulièrement celles qui procèdent de modifications humorales par l'intermédiaire du sympathique (prurit, eczéma, œdème de Quincke, etc.)

CONCLUSIONS

1° Le syndrome sympathique décrit par Ramond semble bien procéder d'une hyperexcitabilité globale du système vago-sympathique :

2° Il comporte dans ses manifestations des troubles cardio-vasculaires, en particulier une intense érythrodermie de la face, qui prédominent dans la forme paroxystique. Dans les gastro-névroses, il se complique d'un syndrome prédominant d'irritation solaire ;

3° Il est des cas où, sous sa forme paroxystique, il paraît en relation avec une intoxication d'origine digestive ;

4° L'efficacité sur un cas de l'autohémothérapie semble dénoncer la nature parfois sensibilisante de cette intoxication ;

5° La forme paroxystique paraît en général améliorée par un traitement comportant la prise alternée de belladone et d'ésérine.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

R. CRUCHET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 novembre 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAINGAUD. — Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique. Paris, 1876.
- ARTHUS. — Précis de physiologie. Masson, 1920.
- BOLTEN. — De la névrose vaso-motrice de Nothnagel. *Deut. Zeits. f. Nerv.*, 1921, t. LXX.
- BROCO. — Traité élémentaire de dermatologie pratique. Doin, Paris, 1907.
- CAHEN. — Névroses vaso-motrices. Paris, 1863.
- CAMUS. — *Revue annuelle de neurologie, Paris médical*, 1^{er} octobre 1921.
- CASSIRER. — Les névroses vaso-motrices et trophiques. Karger, Berlin, 1901.
- CHAUMAT. — Contribution à l'étude de l'éreutophobie. Thèse de Bordeaux, 1911.
- CHEINISSE. — La vagotonie. *Semaine médicale*, 20 novembre 1912.
- COTARD. — Article : *Hypocondrie*, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Dechambre et Lereboullet. Paris, 1888.
- DANIELOPOLU et CARNIOL. — Comptes rendus de la Société de biologie, 1922, n° 2.
- DÉBAT. — De la température de la face et ses variations sous l'influence des irritations internes et externes. Thèse de Paris, 1914.
- DOYON. — Fibres broncho-dilatatrices. Société de biologie, 27 juin 1914.
- EPPINGER et HESS. — Sur la pathologie du système végétatif. *Zeits. f. Klin. med.*, 1909.
- GARRELON, SANTENOISE et TINEL. — Vago-sympathique, anaphylaxie et intoxication. *Presse médicale*, 7 avril 1923.

- GLE Y. — Physiologie, 6^e édition. Baillière, 1924.
- GUILLAUME. — Traité de pathologie de Sergent, t. IX. Maloine, 1921.
- HARTENBERG. — La base organique de l'éreutophobie. *Presse médicale*, 25 février 1911.
- HARVIER. — Traité de pathologie de Sergent, t. IX. Maloine, 1921.
- HAYEM et LION. — Les gastro-névroses. Traité de médecine de Gilbert et Thoinot. Baillière, 1923.
- HESNARD. — La néoprosductivité psychique morbide. *Journal de psychologie*, 15 février 1923.
- JABOULAY. — Chirurgie du grand sympathique. Lyon, 1900.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Journal médical français*, février 1924.
- Pathologie du sympathique (contenant toute la bibliographie relative au sympathique). Alcan, 1924.
- LESNÉ et DREYFUS. — L'anaphylaxie alimentaire. *Journal médical français*, janvier 1923.
- LŒPER et MOUGEOT. — Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des névroses gastriques. Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 avril 1913.
- LŒPER, TONNET et FORESTIER. — Diffusion dans le nerf pneumogastrique des poisons venant de l'estomac. Société de biologie, 19 février 1921.
- LŒPER et TURPIN. — Érythrose faciale à caractère paroxystique et fluxionnaire au cours d'une sclérose broncho-médiastinale. Société médicale des hôpitaux, 27 juillet 1923.
- LOUSTE, THIBAUT et BARBIER. — L'autohémothérapie. *Journal médical français*, octobre 1923.
- LOUYER-VILLERMA Y. — Recherches historiques et médicales sur l'hypochondrie isolée par l'observation et l'analyse de l'hystérie et de la mélancolie Méquignon. Paris, an X, 1802.
- Traité des maladies nerveuses Méquignon, 1816.
- LUTEMBACHER. — L'érythrémie. Thèse de Paris, 1911-1912.
- MARAÑON. — Signe de la tache rouge thyroïdienne. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1^{er} décembre 1922.
- MÜLLER. — Le système nerveux végétatif. Berlin, 1920.
- LE NOIR et AGASSE-LAFOND. — Pathologie de l'estomac. Nouveau traité de médecine de Roger, t. XIII. Masson, 1923.

- PAILLARD. — L'autohémothérapie. *Journal médical français*, 6 octobre 1923.
- PERRENS. — Une curieuse affection à manifestations vaso-motrices intermittentes. *Gazette hebdomadaire des hôpitaux de Bordeaux*, 9 mars 1913.
- POMME. — Traité des affections vaporeuses. Imprimerie Royale, Paris, 1782.
- PRUVOST. — Thérapeutique, tome XXIX du Traité de pathologie de Sergent, 1921.
- RAMOND (F.), PETIT et CARRIÉ. — Le syndrome sympathique. Société médicale des hôpitaux, 21 décembre 1907.
- RAMOND et CARRIÉ. — Troubles sympathiques et états dyspeptiques. Société médicale des hôpitaux, 11 janvier 1918.
- Les principaux syndromes dyspeptiques. *Presse médicale*, 1918, p. 309.
 - Syndrome sympathique. *Annales de médecine*, 1919, n° 1.
 - Les petits signes de la dyspepsie lithiasique. *Presse médicale*, 18 juin 1924.
- REGNIER. — De l'éreutophobie ou obsession de la rougeur émotive, Thèse de Bordeaux, 1896-1897.
- RENARD. — Le syndrome sympathique dans les affections gastriques. Thèse de Paris, 1920-1921.
- SAVINI. — Le type constitutionnel sympathique ou vaso-moteur. *Progrès médical*, 15 février 1923.
- SÉBILEAU et LABBÉ. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 27 juillet 1923, p. 1224.
- SERGEANT (E.), PRUVOST et LABRO. — *Annales de médecine*, 1917, p. 473.
- THIBIERGE. — La couperose dans la pratique dermatologique Besnier, Brocq et Jacquet. Masson, 1900.
- VULPIAN. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur Germer. Baillière, 1875.
- WIDAL, ABRAMI et LERMOYER. — Anaphylaxie et idiosyncrasie. *Presse médicale*, 4 mars 1921.

